UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 23

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RECTO-SIGMOIDITE D'ORIGINE AMIBIENNE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1948

PAR

Jean DREVAUX

MEMBRES DU JURY

MM. FABRE Pierre, *Président*

VIRENQUE, DAMBRIN (P), CADENAT — *Assesseurs*

DIEULAFÉ, *Suppléant*

TOULOUSE

IMPRIMERIE A. GOMÈS

96, Boulevard Jean-Brunhes

1948

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RECTO-SIGMOIDITE D'ORIGINE AMIBIENNE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 23

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RECTO-SIGMOIDITE D'ORIGINE AMIBIENNE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1948

PAR

Jean DREVAUX

MEMBRES DU JURY

MM. FABRE Pierre, *Président*

VIRENQUE, DAMBRIN (P), CADENAT — *Assesseurs*

DIEULAFÉ, *Suppléant*

TOULOUSE

IMPRIMERIE A. GOMÈS

96, Boulevard Jean-Brunhes

1948

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE

Professeurs honoraires :

MM. ESCAT, RISPAL, MOOG, MÉRIEL, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR.

Professeurs.

	MM.		MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER	Pharmacie	CAUJOLLE
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES	Pathologie interne	MOREL
Clinique obstétricale	GARIPUY	Bactériologie, Hygiène, Médecine sociale	ANDRIEU
Physiologie	SOULA	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING	Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Physique biologique et médicale	BUGNARD	Matière médicale	VINCENT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA	Hydrologie thérapeut. et climatologie	MÉRIEL (P.)
Chimie et toxicologie	BRUSTIER	Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL	Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE	Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Anatomie	VALLOIS, CLERMONT	Chimie biologique	N...
Histoire naturelle	DELAS	Médecine légale et Médecine du travail	PLANQUES
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)	Histologie et embryologie	BROUSSY

Professeurs sans chaire.

	MM.		
Physiologie	BAISSET	Obstétrique	M. GUILHEM
Anatomie	COULOUMA		

Agrégés.

	MM.		MM.
Anatomie	LAZORTHES		VIRENQUE, GRIMOUD
Histologie	BIMES, ch. des f.	Chirurgie	RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.)
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GÉRAUD, DARDENNE	Physique Médicale	MARQUÈS
		Pharmacie	COUTURIER
Ophtalmologie	LAPORTE (J.)	Chimie générale pharmaceutique	BLANC
Chimie Médicale	DEODATI	Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUC-MATHOU
	VALDIGUIÉ		

Cours complémentaires.

	MM.		MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY	Microbiologie	BOUISSET
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Parasitologie	LASSERRE
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ (P.)	Botanique et cryptogamie	Mme DULUC-MATHOU
Chimie biologique	VALDIGUIÉ (P.)	Chimie analytique	BLANC
Chimie minérale	BLANC	Hydrologie et géologie	ASTRE
Stomatologie	CADENAT	Médecine Sociale et du Travail	BOUNHOURE
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT	Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX	Pharmacodynamie	BOUNHOURE
Législation pharmaceutique	BOUISSET	Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.), DAMBRIN (P.)	Urologie	LHEZ
		Ophtalmologie	DEODATI
		Neuro-chirurgie	LAZORTHES
		Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX

Secrétaire de la Faculté : DUCROS.

La Faculté déclare n'être pas respnsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 mai 1891.)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE

ET

A MON PERE

En faible témoignage de mon profond amour filial.

A MA FEMME

A MES GRANDS-PARENTS

A MES TANTES

A MON BEAU-PERE,
LE DOCTEUR PIERRE NEUMAND

Ancien Interne des Hôpitaux de la Seine,
Membre de la Société Gynécologique de France.

En témoignage de mon profond respect.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DE L'HOPITAL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
ETIENNE ROQUES

Pour qui notre respectueuse reconnaissance d'élève à son Maître, se double d'une reconnaissance personnelle.

INTRODUCTION

De même qu'après la guerre de 1914-1918, on a pu observer à la suite de la guerre 1939-1945 une recrudescence du nombre des cas d'amibiase intestinale.

Le séjour de nombreux français en Afrique du Nord, le cantonnement en France de troupes nord-africaines constituant des foyers d'apport, enfin l'apparition de nombreux foyers d'amibiase autochtone, ont multiplié les cas d'amibiase intestinale.

Mais, sous notre climat, l'amibiase ne revêt qu'exceptionnellement le tableau clinique classique de la dysenterie amibienne, maladie coloniale, dont les symptômes caractéristiques rendent le diagnostic relativement aisé. Il s'agit au contraire de cas d'amibiase chronique, présentant un polymorphisme clinique extrême qui rend le diagnostic très difficile, parfois même impossible. Si l'on n'a pas toujours présenté à l'esprit la notion de la fréquence de l'amibiase sous nos climats, on s'expose à des erreurs de diagnostic dont les conséquences peuvent être importantes. Au contraire, si l'on fait un diagnostic précoce, on peut obtenir les plus beaux succès thérapeutiques.

Nous avons eu l'occasion d'observer le cas d'un malade (observation n° 11), n'ayant jamais été en contact avec des coloniaux et qui présentait une tumeur du rectum pouvant en imposer cliniquement pour un cancer du rectum. Seules, des biopsies répétées ont permis de déceler l'origine amibienne de

cette tumeur et d'en obtenir la guérison par un traitement médical.

Sur les conseils de notre Maître, le Professeur Pierre FABRE, qui a bien voulu nous guider dans ce travail, nous avons songé à étudier les différentes formes cliniques de l'amibiase *recto-sigmoïdienne*, et en faire l'objet de cet ouvrage. Nous chercherons à exposer les difficultés du diagnostic clinique rectoscopique, parasitologique de cette affection et surtout à attirer l'attention sur l'intérêt de penser systématiquement à l'amibiase dans toutes les affections recto-sigmoïdiennes qui ne font pas leur preuve. L'amibiase occupe, en effet, une place plus importante qu'on ne le dit classiquement dans le cadre des recto-sigmoïdites. Cela s'explique facilement par la recrudescence de l'amibiase consécutive aux deux dernières guerres.

C'est dans le gros intestin que se fixe d'abord l'amibe dysentérique. C'est là qu'elle pullule où prend sa forme végétative avant de donner des complications à distance. « Sans amibiase intestinale, il n'y a pas de localisations secondaires; c'est de l'intestin que partent les amibes pour coloniser les diverses régions de l'organisme » (MATHID).

Pour les classiques le lieu de prédilection de l'amibe est de recto-sigmoïde : 81 % des cas pour CHAUFFARD.

CARNOT a pu écrire : « Il y a d'abord une donnée fondamentale : c'est que dans l'amibiase intestinale, la localisation est avant tout rectale. De sorte que, s'il n'y a pas d'ulcérations recto-sigmoïdiennes, on peut affirmer à coup sûr qu'il n'y en a pas ailleurs. De la présence ou de l'absence d'ulcérations rectales, on peut donc conclure, d'une façon très ferme, pour ou contre le diagnostic d'amibiase intestinale. »

Ces opinions classiques schématiques sont trop

absolues. Elles étaient peut-être vraies pour les formes aigues ou subaigues qui représentaient autrefois, le tableau de la dysenteries amibienne. Elles ne sont pas exactes pour les formes que nous observons actuellement : où l'amibien n'est pas forcément un colonial et peut même n'avoir jamais été dysentérique; où les crises dysentériques sont parfois un incident, une poussée aigue, cyclique, au cours de l'évolution chronique de la maladie parasitaire, mais font la plupart du temps complètement défaut.

La localisation recto-sigmoïdienne de l'amibe est alors moins fréquente et ne se rencontre que dans 60 % des cas, les autres cas correspondant à une localisation cœcale. Par ailleurs, les lésions macroscopiques du recto-sigmïde sont loin d'être aussi constantes et d'avoir un caractère aussi évident que dans ces descriptions classiques.

La *rectoscopie* qui doit être pratiquée systématiquement n'apportera donc pas toujours des images caractéristiques et ne permettra pas, d'une façon absolue, de lever les incertitudes du diagnostic clinique. Néanmoins, elle donnera la possibilité de faire des biopsies, de prélever pour les examens parasitologiques, le mucus, le pus, au niveau même des lésions, et son importance ne doit pas être négligée.

L'*examen radiologique*, lui non plus, ne peut et ne doit avoir la prétention de poser le diagnostic de recto-sigmoïdite amibienne. Mais en montrant la localisation des lésions au recto-sigmoïde, en procédant par élimination, il permet de lever certaines incertitudes. Enfin, *les examens de laboratoire*, pratiqués sur les selles pour y rechercher l'amibe dysentérique ou les kystes amibiens, n'apportent pas toujours des résultats constants ou d'une interprétation aisée.

Il existe, en effet, des sujets sains ou en parfaite santé apparente qui sont porteurs d'amibes et de kystes amibiens et chez qui ces parasites semblent vivre comme de simples saprophytes fixés sur la muqueuse recto-sigmoïdienne, sans déterminer de manifestations morbides. L'examen microscopique ne permet pas toujours de préciser s'il s'agit d'amibes non pathogènes (entamœba dispar ou entamœba Hartmanni) fréquentes dans nos pays, ou si l'on se trouve en présence d'amibes dysentériques dans la forme végétative, non pathogène, de leur cycle évolutif.

Par contre, on trouve fréquemment des malades atteintsd'amibiose plus ou moins caractérisée, chez lesquels des examens répétés de matières fécales ne permettent de déceler ni amibes, ni kystes. Ces périodes négatives très fréquentes, où les parasites restent fixés dans la muqueuse recto-colique et où leur expulsion se trouve arrêtée sans qu'on sache pourquoi, désorientent le dianostic. Il faut souvent attendre lontemps et faire des examens répétés avant qu'une analyse vienne apporter la confirmation indispensable à un diagnostic étiologique certain.

Aussi est-on amené souvent à faire (en l'absence d'une certitude clinique ou parasitologique), *l'épreuve du traitement.* Ce sont ses résultats qui permettront de trancher la question et d'apporter la confirmation d'un diagnostic de présomption.

Après avoir insisté rapidement sur la fréquence relative de l'amibiase recto-sigmoïdienne et sur les difficultés de son diagnostic, nous chercherons à en exposer les principaux aspects cliniques, car le polymorphisme extrême de l'affection ne permet pas de décrire tous les syndromes auxquels elle peut donner naissance.

FORMES CLINIQUES

I. RECTOSIGMOIDITE AIGUE DYSENTERIFORME

Nous ne décrirons que pour mémoire, la *rectosigmoïdite aiguë dysentériforme* qui réalise le syndrome dysentérique des classiques. Si elle marque le début de la *dysenterie amibienne* sous le climat colonial, elle est absolument exceptionnelle dans notre pays, et ne se rencontre guère qu'à titre de poussée aiguë au coursde l'évolution d'une *amibiase chronique.*

A. Elle est caractérisée par les douleurs abdominales, le ténesme, l'aspect des selles, les altérations de l'état général.

Les *douleurs* continues ou intermittentes s'exacerbent sous forme de coliques, d'épreintes, suivant le trajet du gros intestin pour avoir leur maximum dans la fosse iliaque gauche, ou la palpation montre un S iliaque distendu et excessivement douloureux.

Le *ténesme*, sensation de contracture douloureuse de l'anus, s'accompagne d'envies fréquentes d'aller à la selle.

Les *selles* dont la fréquence de 15 à 20 par jour dans les formes moyennes peut atteindre 100 dans les formes graves, ne sont pas formées de matières

fécales. Elles sont constituées par des glaires et du sang, du mucus gélatineux ou concrété en flocons, strié de sang ou teinté comme des crachats pneumoniques, parfois enrobé de sang liquide presque pur.

L'état général est fortement touché bien que la température ne soit le plus souvent pas très élevée. Le malade pâle, les traits tirés, exprimant la souffrance est couché sur le dos, les jambes repliées pour relacher son abdomen douloureux. Dans les formes graves, il tombe rapidement dans le collapsus.

B. Dans les *formes suraiguës*, pour ainsi dire essentiellement coloniales, l'état général est encore plus touché. Les douleurs sont atroces et continuelles, les selles innombrables, fétides, gangréneuses, composées de sérosités putrides, ou de sang pur, contenant des lambeaux de muqueuse sphacélée. La fièvre monte à 39°-40°, la langue est sèche et rôtie. Un état *typhoïde* avec adynamie progressive, conduit rapidement à la mort. On peut observer également les formes *cholériques*, *gangréneuses*, *septicémiques*, *cachectisantes*, *granuliques*.

C. Mais, nous le répétons encore, dans notre climat, on aura tout au plus l'occasion d'observer des *formes aiguës moyennes*, où le syndrome dysentérique n'apparaît qu'après un début plus ou moins insidieux, après une période plus ou moins longue de diarrhée banale. Le nombre des selles est réduit à 5 ou 6 par jour, l'état général est peu touché, le malade reste apyrétique. Un traitement bien conduit amène une sédation rapide des symptômes dysentériques, et sinon la guérison, du moins le passage à l'état chronique. L'hépatite amibienne qui complique souvent ces formes et se traduit par un gonfle-

ment douloureux du foie, cède elle aussi, rapidement, au traitement émétique.

C'est dans les rectosigmoïdites aiguës que la *rectoscopie* montrera les aspects décrits par les classiques :

Une muqueuse œdématiée, épaissie, congestive, hémorragique, présentant des ulcérations profondes, aux contours polycycliques ou serpigineux; aux bords décollés, taillés à pic, au fond purulent ou gangréneux.

Ou bien une muquense infiltrée à fond rouge, ecchymotique, avec de larges fausses membranes, recouvrant les ulcérations ou encore une rigidité des parois rectales infiltrées dont la muquense rouge vif, framboisée, desquamée, bourgeonnante, saignante, sera recouverte d'un épaisenduit mucopurulent.

C'est dans ces formes également que *l'analyse* des selles montrera la présence abondante de l'amibe dysentérique dans sa forme pathogène, histolitique.

L'ensemble de ces éléments cliniques, rectoscopiques, parasitologiques permettra d'orienter rapidement le *diagnostic* positif.

Le diagnostic différentiel se posera surtout avec la dysenterie bacillaire dans les formes fébriles; la culture des selles, le sérodiagnostic permettront de trancher la question.

Il a pu se poser ces deux dernières années avec les recto-colites par carence présentées par les déportés rapatriés des camps de concentration allemands, ou des alsaciens-lorrains rapatriés de Russie, et chez qui l'on a pu voir des aspects rectoscopiques assez proches de ceux de la dysenterie amibienne aiguë.

En tout état de cause on ne saurait, dans ces formes aiguës, faire de grossières erreurs de diagnostic car celui-ci se trouve aussitôt orienté par la constatation d'un syndrome dysentérique.

II. RECTOSIGMOIDITE AMIBIENNE CHRONIQUE

Il est loin d'en être de même dans les formes chroniques qui sont presque la règle dans notre climat et dont la forme la plus fréquente est la *rectosigmoïdite amibienne chronique.*

Celle-ci peut succéder à un épisode aigu comme ceux que nous venons de décrire, mais la plupart du temps, elle apparaît primitive et son *début* est extrêmement insidieux.

A. *Début :* Le malade accuse des troubles digestifs vagueset sans aucune particularité : un endolorissement abdominal permanent, avec un ventre tantôt ballonné, tantôt rétracté; des troubles gastriques réflexes : anorexie, ballonnement post-prandial, tension épigastrique douloureuse, nausées; une constipation plus ou moins opiniâtre entrecoupée de débâcles diarrhéiques faisant suite à des crises douloureuses; des troubles nerveux : irritabilité, anxiété, insomnie; une altération plus ou moins marquée de l'état général, de l'amaigrissement, mais surtout une fatigabilité intense et prédominante.

B. A la *période d'état,* dans les formes les plus racatéristiques, le syndrome recto-sigmoïdien va se préciser.

La *douleur* se localise à la fosse iliaque gauche et s'irradie derrière la vessie. Elle est continue, spontanée, sous forme de pesanteurs, de point fixe douloureux, de coliques localisées à la fosse iliaque gauche. Elle s'accompagne de sensations de pesanteur rectale, de ténesme anal et vésical. Elle est exagérée

par la marche, les mouvements, le port de la ceinture ou du corset, la palpation de l'abdomen.

Cette *palpation* permet de sentir dans la fosse iliaque gauche un boudin colique douloureux, cylindrique, régulier, sans bosselures, large de deux ou trois travers de doigt. Sa limite supérieure se perd dans la région lombaire; en bas, il descend dans le bassin, où le *toucher rectal* combiné au palper abdominal, permet de le retrouver.

Il permet également de percevoir une légère infiltration, un manque de souplesse des parois rectales, parfois un état granuleux, rèche ou bourgeonnant de la muqueuse; le doigt peut ramener des mucosités ou du sang. On note également, de façon presque constante, la présence d'hémorrhoïdes plus ou moins enflammées.

Les troubles de la *fonction intestinale* sont variables. Tantôt il existe une constipation opiniâtre (avec des selles ovillées pouvant être enrobées de mucus, de muco-membranes, de sang), constipation qui peut être entrecoupée de débâcles diarrhéiques; tantôt le malade présente des selles pâteuses « bouse de vache », brillantes et vernissées à leur surface en raison du mucus qu'elles contiennent ,et sur lesquelles on peut observer, lors de poussées aiguës, des fausses-membranes, du sang, voire du pus.

L'*état général*, sans être profondément affecté est néanmoins altéré par l'état douloureux persistant, la restriction volontaire de l'alimentation, ainsi que par un certain degré d'intoxication lente. La température est normale mais peut présenter des poussées fébriles passagères.

L'examen de la *formule sanguine*, montrera une légère lymphocytose avec eosinophylie.

L'*examen radiologique* ne donnera pas de signes positifs absolus, mais le plus souvent des signes indirects: retard du transit, spasmes, aérocolie. Le lavement baryté peut être ralenti dans sa progression, avec arrêt au niveau du sigmoïde. Il peut montrer à ce niveau une diminution du calibre, une disparition des bosselures, un manque de mobilité.

La *rectoscopie* montrera des aspects très variables selon l'intensité de la forme en cause et le stade de son évolution : soit une infiltration, une induration de la sous-muqueuse, avec une muqueuse œdématiée, pâle, avec des bourrelets.

Soit un aspect congestif, diffus ou localisé, de la muqueuse qui peut présenter une teinte rouge vif, framboisée, des taches ecchymotiques, un piqueté hémorragique.

Soit une hyperplasie de la muqueuse qui est surélevée, mamelonnée, avec des bourgeons, des excroissances polypoïdes, de la rectite proliférante.

Soit enfin, un aspect érosif plus ou moins marqué, avec de petites ulcérations ovalaires à bords polycycliques, à contours non décollés, à plat. Des fausses membranes peuvent parfois les recouvrir. Elles sont plus ou moins adhérenteset de coloration variable : blanches, jaunâtres ou grisâtres.

Dans les formes légères, l'aspect peut être absolument normal, ou consister simplement en une modification de couleur, d'éclat, de relief.

Dans les cas évoluant vers la guérison, l'on peut observer une muqueuse pâle avec une mosaïque vasculaire, une sorte d'aspect de « fond d'œil », ou une muqueuse lisse et épaissie comme du cuir.

En bref, dans les cas typiques, elle montrera des lésions hémorragiques, érosives, ulcéreuses ou cicatricielles. Mais surtout, elle permettra de faire des

prélèvement de mucus sur les ulcérations elles-mêmes, ou de faire des biopsies des lésions.

L'*analyse* des selles ou des mucosités et fausses-membranes prélevées au rectoscope peut montrer la présence d'amibes et de kystes. Mais ce n'est souvent qu'après de nombreux examens négatifs, qu'un examen positif permettra un diagnostic affirmatif.

Enocer le diagnostic était-il orienté, dans la forme que nous avons prise pour type de description, par un syndrome rectosigmoïdien plus ou moins caractéristique.

Mais il existe de nombreux cas où les symptômes atypiques ont plutôt pour effet de détourner le diagnostic :

I. FORMES CLINIQUES LARVEES OU MEDICALES

Dans les *formes cliniques larvées ou médicales* gastralgiques, hépatiques diarrhéiques pures, forme avec selles pâteuses, aveu constipation opiniâtre, ou forme avec altérations de l'état général.

II. FORMES ATYPIQUES PSEUDO-CHIRURGICALES

Dans les *formes atypiques pseudo-chirurgicales :* forme hémorrhagique, gangréneuse, sténosante, tumorale.

I. *Formes gastralgiques.* A. Dans les formes gastralgiques, le malade se présente avec des troubles

dyspeptiques très caractérisés, hypo ou hypersthéniques, parfois même avec un syndrome ulcéreux. Les troubles gastriques sont si importants et si caractérisés, à côté de troubles intestinaux si peu caractéristiques : (constipation parfois entrecoupée de diarrhée) que rien ne peut faire penser à l'amibiose. Ce n'est que l'absence de signes radiologiques au niveau de l'estomac, l'inefficacité du traitement gastrique, qui peuvent conduire à faire pratiquer des examens parasitologiques des selles et à faire ainsi le diagnostic.

B. Il en est de même dans les *formes hépatiques*, qu'il s'agisse de simples troubles hépatiques réflexes, seule manifestation d'une recto-colite amibienne méconnue; ou qu'on soit en présence d'une cholécystite amibienne, d'une hépatite chronique, subaiguë ou aiguë, d'un abcès du foie, survenant de façon apparemment primitive, sans que les antécédents, l'examen clinique ou parasitologique, permettent de déceler une amibiase recto-colique latente.

Ce sont ces cas qui ont permis à certains auteurs de parlerd'infection amibienne générale, d'amibiose hépatique primitive. Cette conception n'est pas admise par la majorité des auteurs qui considèrent que la recto-colite amibienne est l'étape primitive obligatoire de l'infection amibienne hépatique.

C. Dans la *forme diarrhéique* ou avec *selles pâteuses*, on n'observe aucun phénomène douloureux, aucune sensibilité particulière de la fosse iliaque gauche. L'aspect anormal des selles, l'altération de l'état général qui apparaît à la longue, font plutôt penser à une entérite chronique d'origine secrétoire ou microbienne. Devant l'échec des traitements habi-

tuels et malgré les examens parasitologiques négatifs, on devra tenter l'épreuve du traitement à l'émétine.

D. La *forme de constipation chronique habituelle* très fréquente peut présenter le type de l'*entérocolite muco-membraneuse*. Les selles rares, arrondies, dures, foncées, peuvent être enrobées de mucus, de muco-membranes, de sang. Les pesanteurs, les douleurs abdominales, l'état saburral de la langue, les troubles digestifs, les troubles de l'état général, les céphalées, les vertiges, n'ont rien de pathognomonique qui fasse penser à l'amibiase. L'examen radiologique permettra parfois d'éliminer les causes habituelles de constipation : constipation mécanique, atonique ou spasmodique, dischézie rectale des prolapsus utérins. Là encore, c'est en pensant systématiquement à l'amibiase, en faisant des analyses répétées ou l'épreuve du traitement qu'on arrivera à faire un diagnostic qui est loin de s'imposer au premier abord.

Enfin dans certains cas, les troubles intestinaux sont absolument inapparents et la maladie ne se traduit que par son retentissement sur l'état général. C'est ainsi qu'on peut observer des *formes asthéniques*, *anémiques*, *pseudo-bacillaires*, *cachectiques*, *pseudo-cardiaques*, *œdémateuses*, *des formes arthropathiques*, *des formes psychologiques* avec psychasthénie, neurasthénie, mélancolie, aboulie, obsessions.

II. En opposition avec ces formes médicales, à symptomatologie réduite, où rien n'attire l'attention sur le recto-sigmoïde, il existe des formes nettement recto-sigmoïdiennes, mais où l'allure tantôt grave, bruyante ou chirurgicale des symptômes peut éloigner l'esprit du diagnostic de l'amibiase.

A. La *forme hémorragique* est parfois la révélation brutale d'une amibiase latente méconnue chez un malade qui n'avait présenté auparavant aucun symptôme clinique de recto-sigmoïdite.

Il s'agit rarement d'une forme aiguë, grave avec hémorragies très abondantes, se traduisant par un état de shock intense, avec tendances lypothymiques et où le malade meurt de syncope après avoir expulsé une grande quantité de sang rouge et de caillots.

Le plus souvent, l'on se trouve en présence d'hémorragies subaiguës, moyennes, précédées par des douleurs et une sensation de plénitude dans le bas-ventre, suivies de coliques qui amènent l'expulsion de sang rouge et de caillots. L'altération de l'état général, du pouls qui devient petit, filant, rapide, les tendances syncopales surviennent plus ou moins rapidement. Le traitement général, les antihémorragiques, les transfusions sanguines répétées, pourront permettre de juguler la crise. Quelques jours plus tard, une rectoscopie prudente pourra montrer une lésion ulcéreuse typique, saignante, au niveau de laquelle des prélèvement de mucosités peuvent déceler la présence d'amibes histolitiques. Mais souvent l'on devra se contenter d'un traitement d'épreuve à l'émétine.

A côté de ces formes hémorragiques pures, on peut observer des formes glairo-hémorragiques. moins bruyantes et des formes hémorragico-purulentes, où l'apparition d'un syndrome infectieux secondaire amène une atteinte progressive de l'état général et aggrave la situation.

B. La *forme gangréneuse* ou ulcéro-gangréneuse est très rare, et l'on n'en relève que quelques observations. Le tableau clinique est celui d'une recto-colite aiguë, mais la présence dans les selles des lam-

beaux de muqueuse sphacélée et surtout leur odeur extrêmement fétide attirent l'attention. La rectoscopie montrera des plaques de gangrène plus ou moins étendue parfois une gangrène totale de l'ampoule rectale. Malgré l'évolution lente, peu bruyante progressive, la plupart des cas observés se sont terminés par la mort. C'est l'examen hystologique des lésions prélevées à l'autopsie qui a permis de mettre en évidence l'origine amibienne de l'affection.

Encore peut-on, dans les cas de gangrène totale, se demander s'il ne s'agissait pas de thrombose ou d'artérite des artères hémorroïdales relevant d'une autre cause qu'une amibiase latente et méconnue.

a) La *forme appendiculaire*, fréquente dans l'amibiase cœcale peut s'observer aussi dans l'amibiase recto-sigmoïdienne.

Wooley et Musgrave ont pu trouver des amibes à l'intérieur de l'appendice. Il importe de penser à la possibilité de cette étiologie, afin d'instituer un traitement spécifique d'épreuve dans les cas chroniques, ou comme complément de l'intervention chirurgicale dans les cas aigus.

b) La *forme hémorroïdaire* est également d'une grande fréquence. Les poussées hémorroïdaires s'observent dans presque tous les cas de recto-sigmoïdite, mais souvent elles constituent le seul symptôme accusé par le malade, celui pour lequel il vient consulter. Si l'on néglige de faire un examen approfondi, une rectoscopie, des analyses de selles, on risque de méconnaître une amibiase latente.

C. Dans les *formes sténosantes*, on se trouve en présence d'une symptomatologie beaucoup plus riche et d'un problème diagnostique plus complexe.

Chez un malade porteur depuis longtemps d'une amibiase intestinale plus ou moins méconnue, apparaissent dans une *phase pré-sténosante*, des signes de rectite chronique particulièrement caractérisés :

Douleurs vives, brûlures au moment des selles.

Ecoulements muco-purulents parfois sanguinolents en dehors des selles.

En même temps, le malade présente de la constipation plus marquée, est obligé à des efforts pour aller à la selle; ses matières sont parfois teintés de sang; ses troubles dyspeptiques s'accentuent. Le toucher rectal montre un manque de souplesse des parois, un certain degré de rigidité, d'induration, une diminution du calibre rectal. La rectoscopie confirme ces impressions et peut montrer de plus, sur une muqueuse œdémateuse et turgescente, des ulcérations recouvertes de muco-pus, ou les excroissances mamelonnées, polypoïdes de la rectite proliférante.

A la période d'état, à la *phase sténosante*, les signes cliniques vont s'accentuer et devenir caractéristiques.

La constipation devient opiniâtre, interrompue parfois par des débâcles diarrhéiques suivies d'améliorations passagères. Les selles sont rares, très pénibles, nécessitant de grands efforts, s'accompagnant de ténesme. Les matières sont déformées, laminées, rubannées dans les formes basses. Dans les rétrécissements de la jonction recto-sigmoïdienne, elles sont ovillées mais parfois normales d'aspect.

Des écoulements mocu-purulents ou sanguinolents se font par l'anus en dehors des selles. Leur fréquence provoque l'apparition d'érythème interfessier, de condylomes péri-anaux, se présentant sous l'aspect d'excroissances irrégulières, fermes et lardacées. Des fistules péri-anales peuvent apparaître également.

A un stade plus avancé, le rétrécissement ne laisse plus passer que des matières liquides, et le rectum rigide n'était plus soumis à l'action du sphincter, on peut assister à une véritable incontinence.

Parfois, l'on peut observer des crises répétées d'obstruction intestinale pouvant aboutir à de véritables crises d'occlusion, avec arrêt plus ou moins complet des matières et des gaz, inconstance des vomissements, mais syndromes de Koenig net : Dilatation et Météorisme du cadre colique, contractions péristaltiques visibles, coliques et bruits de gargouillement intestinal.

Le plus souvent, ces crises se terminent spontanément par une débâcle diarrhéique, mais l'on peut parfois observer une occlusion totale et définitive.

En tout cas, les signes généraux ne tarderont pas à s'aggraver : le ballonnement intestinal persiste, le malade s'intoxique par stercorémie et peut présenter un aspect cachectique pseudo-néoplasique.

Le *toucher rectal* montrera le rectum transformé en un canal rigide, en forme d'entonnoir renversé, aux parois résistantes, bosselées, irrégulières. Son calibre diminue progressivement pour aboutir à un niveau variable, mais presque toujours situé entre 5 et 10 cm. de l'anus, à un rétrécissement annulaire rigide, en virole, qui semble immobile, enchassé dans des tissus durs. Dans les cas où le rétrécissement est franchissable, le doigt, après avoir traversé un canal rigide, serré de 1 à 3 cm., arrive brusquement dans un rectum élargi, souple, libre, d'où il reviendra chargé de matières purulentes, d'odeur infecte.

Dans les rétrécissements non perméables au doigt, *l'examen radiologique* en combinant l'absorbtion de baryte du lavement baryté, permettra d'apprécier la longueur et parfois le calibre du rétrécissement.

La *rectoscopie*, douloureuse et délicate à effectuer, complètera les indications fournies par le toucher rectal, tout particulièrement dans les rétrécissements haut situés, non accessibles au doigt.

Au-dessous du rétrécissement, l'on verra la muqueuse infiltrée, rigide, boursoufflée, recouverte de productions papillomateuses, ou polypoïdes, en bref, les lésions de la rectite proliférante et sténosante de DELBET et MOUCHET.

Au niveau du rétrécissement, l'aspect sera différent selon le stade de l'*évolution :* Au début, un bourrelet de muqueuse infiltrée, polypoïde, turgescente, présentant des ulcérations recouvertes de pus ou de fausses-membranes. Il existe encore à ce moment, une souplesse relative.

A un stade plus avancé, le rétrécissement est plus serré, dur, recouvert de muqueuse cicatricielle, pâle, fibreuse, avec quelques ulcérations ou quelques bourgeons charnus.

Au-dessus du rétrécissement, si le rectoscope peut le franchir, on verra une large ulcération circonférencielle, haute de 6 à 10 cm., limitée en haut par un bourrelet muqueux.

Les difficultés de déplacer le tube dans un rectum rigide, déformé, non déplissable, enserré dans une gangue scléreuse, rendent la rectoscopie particulièrement délicate, mais son intérêt réside dans la possibilité de faire des prélèvements de muco-pus ou des biopsies au niveau des lésions permettant de préciser, par des *examens de laboratoire*, l'origine amibienne de l'affection et d'éliminer ainsi la posssibilité d'un squirrhe atrophique, en virole, à forme sténosante.

Mais il ne faudra, en aucun cas, négliger de faire une intradermoréaction à l'antigène de FREI. Même si l'examen parasitologique et la biopsie ont permis

de constater la présence d'amibes ou de kystes, au niveau des lésions, seule une réaction de FREI négatyive permettra d'affirmer que le rétrécissement n'est pas dû à une maladie de Nicolas FABRE, évoluant chez un amibien. De même une réaction de WASSERMANN devra être pratiquée pour éliminer l'origine spécifique des accidents et une réaction de DMELCOS pour en éliminer l'origine chancrelleuse.

Le point particulièrement important (et qui ne semble pas avoir toujours retenu l'attention dans les observations que nous avons pu relever) est le diagnostic différentiel avec la maladie de Nicolas FABRE, en raison de la place prépondérante qu'occupe, dans l'étiologie, des rétrécissements du rectum, la lymphogranulematose, et de la possibilité de sa cœxistence avec l'amibiase.

D. A côté du problème diagnostic intéressant qui se pose dans les formes sténosantes, un problème au moins aussi important se pose dans les *formes tumorales*, où une amibiase méconnue peut en imposer pour un cancer du rectum ou du sigmoïde.

On se trouve en présence d'un malade porteur d'une amibiase ancienne, ayant présenté des troubles dyspeptiques, une altération de l'état général, plus ou moins accentués, et chez qui l'attention est attirée par l'apparition d'un *syndrome rectal :*

Hémorragies d'abondance variable, précédant les selles, entrecoupées d'émission de glaires sanguinolantes ou rosées; ou émission de matières demi-liquides, noires, gluantes, fétides, comparables à de la poix ou de la mélasse.

Sensations douloureuses consistant tantôt en coliques, ballonnement, tantôt en ténesme, avec sensation de pesanteur, de corps étranger rectal, occasionnant des épreintes, de faux-besoins d'aller à la selle.

Troubles de la défécation caractérisés par de la constipation entrecoupée de débacles, ou une diarrhée particulièrement abondante.

On fait aussitôt le *toucher rectal* qui, lorsque les lésions ne sont pas situées trop haut, montrera tantôt une zone de muqueuse surélevée, manquant de souplesse, où une ulcération reposant sur une base indurée, tantôt une masse plus ou moins volumineuse et mobile, à base d'implantation large ou pédiculée. Cette masse est irrégulière, bosselée, de consistance le plus souvent mollasse. Parfois, elle est résistante ou friable, saignant au contact du doigt.

La *rectoscopie* confirmera les données du toucher rectal, ou permettra de découvrir les lésions dans les formes haut placées, que le doigt n'avait pu atteindre.

Tantôt elle montrera dans une zone plus ou moins localisée, une muqueuse surélevée, mamelonnée, parfois bourgeonnante.

Tantôt, reposant sur une base surélevée, infiltrée, une ulcération profonde, à contour polycyclique ou serpigineux, à fond gangréneux ou bourgeonnant, hémorragique.

Tantôt des formations polypoïdes, dont la dimension peut varier de celle d'un noyau de cerise à celle d'un œuf de pigeon, groupées en nappe, sur les replis de la muqueuse, pouvant affecter l'aspect de grappe de raisin.

De forme arrondie et lisse ou irrégulière et bourgeonnante, ces polypes sont de teinte gris rougeâtre, rouge sombre ou jaunâtre, de consistance molle. Ils peuvent parfois constituer une masse bourgeonnante, en choux-fleur, suffisamment saillante pour obturer complètement la cavité rectale, saignant au contact du tube dont elle arrête la progression.

Parfoisl'aspect des ulcérations ou des polypes sera assez caractéristique pour en permettre le diagnostic. Mais le plus souvent l'aspect rectoscopique des lésions n'écartera pas le diagnostic de cancer du rectum que tous les symptômes tendent à faire porter. Des analyses de mucus prélevé au niveau des ulcérations et surtout une biopsie des lésions seront indispensables pour faire le diagnostic différentiel.

Ce diagnostic est particulièrement délicat et difficile car, a côté des cas que nous venons d'exposer et où une amibiase méconnue peut en imposer pour un néoplasme du rectum, il faut tenir compte des cas où un cancer peut se greffer sur des lésions amibiennes anciennes. Les symptômes présentés alors par les malades peuvent en imposer pour une reprise des phénomènes dysentériques. Seule, la rectoscopie et la biopsie des lésions permettront de déceler la transformation néoplasique.

Les difficultés seront encore plus grandes si la lésion tumorale siège au niveau du sigmoïde. On pourra alors voir apparaître chez un malade, porteur d'une amibiase ancienne connue ou méconnue, un *syndrome occlusif* plus ou moins caractérisé.

L'apparition de ce syndrome est parfois progressive; après une période plus ou moins longue de troubles dyspeptiques, de ballonnement, d'alternatives de constipation et de diarrhée, le malade présente tout d'abord des *crises coliques:* en même temps qu'une accentuation de la constipation, apparaissent des douleurs spontanées, parfois très violentes, localisées toujours au même point dans la fosse iliaque gauche. Ces douleurs sont discontinues, avec des poussées paroxystiques; elles s'accompagnent de ballonnement, de borborygmes caractéristiques. Au bout d'un temps variable le malade sent enfin « filtrer quelque chose » au niveau du point douloureux

et la crise se termine brusquement par l'émission de gaz puis de selles liquides.

L'examen du malade *pendant la crise* montre une voussure de la fosse iliaque gauche, animée par moments d'ondes péristaltiques visibles et aboutissant toujours au même point ? L'anse colique dilatée est sonore à la percussion qui provoque parfois un bruit de clapotement. La palpation permet de la mobiliser mais réveille ou accentue la crise douloureuse. L'auscultation fait entendre des bruits de gargouillement caractéristiques.

Une fois la *crise terminée*, la palpation peut montrer un boudin colique volumineux, cylindrique, de consistance pâteuse, se terminant en bas au niveau du point douloureux. Le toucher rectal ne montre, en général que la vacuité de l'ampoule rectale. Parfois associé au palper hypogastrique. il permet de percevoir indirectement la tumeur.

L'examen radiologique montrera d'abord un arrêt net de la progression du lavement baryté au niveau du sigmoïde. Si l'obstacle se laisse finalement franchir,, on pourra obtenir des images lacunaires caractéristiques. Dans le cas contraire, le repas opaque combiné au lavement montrera l'étendue de l'obstacle.

Enfin. la recto-sigmoïdoscopie permettra parfois d'atteindre la tumeur et de pratiquer la biopsie qui seule permettra le diagnostic différentiel entre l'amibiase et le cancer.

Ces crises coliques vont se reproduire à des intervalles de plus en plus rapprochés pour aboutir à une crise d'occlusion aiguë. Mais elles ne sont pas toujours aussi caratéristiques que nous l'avons décrit. Elles peuvent être fugaces, ne pas avoir attiré l'attention du malade et l'on n'est amené à examiner

celui-ci qu'à l'occasion d'une *crise d'occlusion aiguë* qui semble être le premier symptôme de l'affection.

La douleur, à début plus ou moins brutal, est d'abord localisée à un point fixe de la fosse iliaque gauche. Elle présente des paroxysmes d'une violence extrême et s'étend rapidement à tout l'abdomen. L'arrêt des matièreset des gaz est absolu.

Le ballonnement, d'abord localisé au colon gauche s'étend rapidement à tout le colon, donnant l'aspect classique de dilatation en cadre. Cette dilatation est animée de mouvements péristaltiques visibles et tangibles. A un stade plus avancé, elle gagne l'intestin sus-jacent et l'abdomen devient énorme, uniformément ballonné, en tonneau. La percussion montre un tympanisme d'une sonorité très accentuée. Elle peut montrer de plus une matité déclive, déplacable, accompagnée de bruit de clapotement intestinal et de sensation de flot (syndrome de fausse-ascite de Mathieu).

Les vomissements, bien que tardifs, finissent par apparaître; ils sont d'abord bilieux, puis fécaloïdes.

L'état général s'altère rapidement : le faciès est plombé, la langue est sèche, saburrale, la soif intense la respiration rapide et pénible, les urines rares, le pouls de plus en plus rapide, devient petit, misérable. tandis que la température tombe au-dessous de la normale.

Au bout d'un délai plus ou moins long, la mort survient dans l'algidité si une intervention, consistant en un anus iliaque, n'a pas arrêté à temps les accidents occlusifs.

Il est évident quel'on ne pourra songer en pleine crise), à faire le diagnostic étiologique de l'obstacle. Ce n'est que plus tard, quand tout sera rentré dans l'ordre, qu'on pourra faire une recto-sigmoïdoscopie, ou une sigmoïdoscopie rétrograde en introduisant le

tube par l'orifice inférieur de l'anus iliaque gauche. Une biopsie de la tumeur pourrait permettre alors le diagnostic différentiel entre amibiase et cancer.

Les formes que nous venons de décrire ne représentent qu'une éventualité fort rare dans l'*évolution* habituellement chronique, torpide ou entrecoupée de poussées subaiguës, que l'amibiase recto-sigmoïdienne présente sous notre climat. Les accidents occlusifs, de même que les hémorragies massives de certaines formes hémorragiques peuvent être considérés comme des *complications intrinsèques* qui viennent grever cette évolution.

On peut observer également *a*) des *complications de voisinage* ou *b*) des *complications à distance.*

a) Les premières consistent en réactions inflammatoires, intéressant les tissus environnant et dont le tableau clinique variera selon la localisation des lésions ambiennes qui les provoquent.

1. Dans le cas de *lésions sigmoïdiennes*, on pourra observer des diverticulites parfois graves et pouvant aboutir à la perforation en péritoine libre. ou des accidents de périsigmoïdite revêtant tous les caractères d'une péritonite localisée de la fosse iliaque gauche, d'un syndrome appendiculaire iliaque gauche.

Le malade est pris brusquement d'une douleur aiguë profonde, d'abord localisée, puis généralisée. Elle s'accompagne d'une élévation de température, de nausées, de vomissements. L'examen montre de la défense de la paroi, bientôt un empâtement, une tuméfaction profonde. Celle-ci peut évoluer vers la résolution et se tranformer en périsigmoïdite adhésive. Mais souvent, elle évolue vers la suppuration donnant lieu à des abcès localisés iliaques gauches, pelviens ou lombaires.

Abandonnés à eux-mêmes, ils peuvent s'ouvrir dans le péritoine, donnant des péritonites généralisées, le plus souvent mortelles. Mais cette éventualité est rare et, le plus souvent, l'ouverture spontanée se fera à la peau pour les abcès iliaques; dans le rectum, la vessie, le vagin pour les abcès pelviens; dans le triangle de Jean-Louis PETIT pour les abcès lombaires. Après ces ouvertures spontanées, de même qu'après l'incision chirurgicale des abcès, où les interventions (anus iliaque par exemple) sur l'intestin infesté, on peut observer de l'amibiase de la paroi entraînant des fistules interminales, des décollements sous-cutanés très étendus, du sphacèle des aponévroses.

2. Lorsque les *lésions* amibiennes intéressent le *rectum*, on pourra observer sous l'influence d'associations microbiennes très virulentes, des réactions très graves de cellulite pelvienne septique diffuse, des phlegmons gangréneux périanorectaux. Leur évolution, qui s'accompagne de signes généraux très marqués est le plus souvent mortelle.

Mais heureusement l'on observera surtout des abcès circonscrits dont la topographie sera dominée par la disposition anatomique de la région :

Abcès sous-cutanéo-muqueux ou de la marge de l'anus.

Abcès de la fosse ischio-rectale.

Abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur ou abcès rétrorectaux.

Si la gravité évolutive de ces abcès n'a pas attiré l'attention et entraîné leur cure chirurgicale, ils s'ouvriront spontanément dans le rectum et autour de l'anus, donnant naissance à des fistules périano-rectales.

b) Les *complications à distance* sont avant tout représentées par les complications hépatiques. Elles peuvent survenir même au cours d'une amibiase particulièrement banale, torpide, méconnue, au point d'avoir pu, pour certains auteurs, être consirérées comme primitives.

Il s'agit d'hépatites aiguës ou chroniques, évoluant par poussées successives, et surtout (c'est la complication la plus fréquente de l'amibiase), d'abcès du foie à évolution aiguë, subaiguë ou chronique.

D'une façon moins fréquente on peut observer, des arthralgies, des arthropathies, aiguës ou chroniques, des phlébites, des paraplégies, des anémies assez marquées pour revêtir le type de l'anémie pernicieuse. Ce qu'il faut surtout retenir de ces diverses complications, c'est qu'elles sont souvent la première manifestation d'une amibiase recto-colique latenté, qu'elles seules, attirent l'attention, contribuant ainsi à égarer le diagnostic.

LE DIAGNOSTIC

I. LE DIAGNOSTIC POSITIF

Le *diagnostic positif* dont nous avons eu si souvent à souligner les difficultés cliniques, devrait reposer essentiellement sur la recherche de l'agent pathogène, de l'*amibe dysentérique*. Mais cette recherche est loin de donner des résultats constants et concluants et de présenter la simplicité des examens de laboratoires courants.

L'amibe dysentérique peut, en effet, se présenter sous trois formes différentes, suivant le stade de son cycle évolutif :

Lors de son cycle pathogène qui correspond aux crises dysentériques aiguës, elle se présente sous sa forme de virulence, sa *forme hématoplage*.

C'est l'*Entamœba hystolitica*. Elle a l'aspect d'un protozoaire très rudimentaire d'une dimension de 20 à 45 mu. et qui se compose:

1° D'un endoplasme opaque, granuleux, vacuolaire, contenant un noyau et des inclusions (hématies, débris cellulaires) ;

2° D'un ectoplasme transparent très réfringent, poussant en tout sens des pseudopodes très mobiles.

Particulièrement fragile, l'*Entamœba hystolitica* meurt très rapidement et sa recherche doit être faite sur des selles fraîchement recueillies.

Par ailleurs, on la rencontre exclusivement pendant les poussées aiguës ulcéreuses.

Aussitôt la crise terminée, dès que le malade rentre dans une période d'accalmie, l'amibe prend sa *forme végétative*, non pathogène, non hématophage: c'est l'*Entamœba minuta* ou *Entamœba tétragéna* :

D'une dimension de 15 à 25 mu. elle présente un noyau à chromatine périphérique et à karyosome central, un ectoplasme clair, à pseudopodes moins mobiles.

Elle se multiplie par division et prend sa *forme de résistance, de dissémination;* elle s'enkyste et devient le *kyste amibien*, aspect sous lequel on la rencontre le plus souvent.

C'est un corpuscule arrondi, sphérique, d'une dimension de 10 à 14 mu. contenant 4 noyaux.

Si l'*Entamœba histolitica* est d'une identification facile, si l'*Entamœba tétragéna* et son kyste à 4 noyaux se différencient aisément de l'*Amœba Coli*, il est beaucoup plus difficile de le distinguer de l'*Entamœba dispar* et de l'*Entamœba Hartmanni*, fréquentes dans nos pays et qui ne sont pas pathogènes.

Par ailleurs l'on devra, pour la recherche des parasites dans les selles, faire appel à des techniques particulières. Pour retrouver plus sûrement les kystes, il faudra procéder à l'*enrichissement* des selles, par légivation ou flottaison, par tamisage ou désenrobage.

Pour obtenir l'expulsion des amibes ou des kystes retenus par la muqueuse rectale, il faudra faire la *réactivation*, soit en administrant des purgatifs, des lavements purgatifs ou irritants, soit en faisant au malade des injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Le plus sûr moyen sera de racler les ulcérations

au rectoscope ou de faire au niveau des lésions, des prélèvements pour biopsie.

L'*examen anatomo-pathologique* des fragments prélevés, montrera des lésions ulcéreuses, inflammatoires ou adénomateuses, accompagnées d'une infiltration leucocytaire du chorion, avec éosinophylie. On peut parfois, au niveau des coupes, déceler la présence d'amibes ou de kystes amibiens.

Mais les résultats qu'on peut attendre du laboratoire sont loin d'être constants. Les examens devront souvent être répétés un grand nombre de fois avant qu'un résultat positif vienne apporter la confirmation désirée.

II. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Souvent même, des examens négatifs réitérés ne pourront constituer un argument suffisant et il faudra instituer un *traitement d'épreuve* pour contribuer au diagnostic différentiel.

Celui-ci posera des problèmes très variés selon la forme clinique de la maladie et le stade de son évolution.

Dans les *formes frustes* camouflées, à symptomatologie atypique, il ne saurait être question de citer toutes les affections que peut simuler l'amibiase : il faudrait presque passer en revue toute la pathologie. Par exemple, dans les formes pseudo-cardiaques, arthralgiques, ou psychologiques, rien n'oriente le diagnostic, et il faut pour découvrir la cause réelle de l'affection, avoir systématiquement présente à l'esprit, l'idée de l'amibiase.

Les *formes chroniques* moyennes les plus courantes, seront à différencier de toutes les recto-colites banales dont l'étiologie peut ressortir à des facteurs multiples :

Facteur infectieux (colibacillose, bacilles paratyphiques, anaérobies).

Facteur dystrophique (mégacolon ou dolichocolon).

Facteur toxique (urémie, intoxication mercurielle, abus de laxatifs ou de purgatifs.

Facteur neuro-fonctionnel et arthritique (particulièrement dans l'entérolite muco-membraneuse).

Facteur mécanique (abus des lavements, pédérastie passive).

Facteur parasitaire (oxyurose, helminthiase, lambliase, bilharziose).

Les *formes aiguës*, dysentériques, devront être différenciées :

De la dysenterie bacillaire (recherche des bacilles de Flexner, His ou Shiga par la culture des selles; Séro-diagnostic).

De certaines formes de typhoïdes ou de paratyphoïde (Hémoculture Séro-diagnostic).

De la recto-colite aiguë des déportés (due à des troubles de carence d'avitaminose).

La *forme hémorragique* posera le diagnostic avec deux affections dont l'étiologie est encore imprécise: l'ulcère simple du rectum ou du sigmoïde et la recto-colite hémorragique ou hémorragico-purulente.

Les *formes rectales*, les *formes tumorales* poseront enfin le diagnostic avec toutes les rectites spécifiques, avec les tumeurs bénignes ou malignes :

La *blennorhagie ano-rectale*, assez rare, donne surtout des lésions de rectite aiuë œdémateuse.

L'*ano-rectite chancrelleuse* se présente sous forme d'ulcérations multiples fissuraires, où l'on pourra trouver le bacille de Ducrey. L'intradermo-réaction de Dmelcos devra également être pratiquée.

La *syphilis* peut donner des accidents ano-rectaux à ses trois périodes, mais surtout à la période secondaire. A la période tertiaire le syphilome du rectum sera d'un diagnostic difficile. Les réactions de déviation du complément et de floculation, l'épreuve du traitement spécifique aideront à la différenciation.

La *maladie de Nicolas Fabre* occupe, nous l'avons déjà dit, une place très importante dans le cadre des rectites chroniques. On devra y penser dans toutes les formes sténosantes et faire systématiquement la réaction de Frei.

L'actinomycose rectale est très rare et sera facile à différencier par la recherche des grains jaunes caractérisés.

La *tuberculose* présente rarement une localisation exclusive au rectum. Elle peut y occasionner des lésions granuleuses, verruqueuses ou ulcéreuses, des lésions scléreuses sténosantes ou de scléro-lipomatose hypertrophique (tuberculôme hypertrophique). Elle entre dans l'étiologie de la plupart des abcès ou fistules de la marge de l'anus.

L'aspect des lésions, la coexistence d'une tuberculose pulmonaire ou iléo-cœcale permettront, en général, le diagnostic différentiel.

La *polypose recto-colique* essentielle ou inflammatoire (qu'il s'agisse de polypose diffuse ou d'un polype isolé, pédiculé, sera très difficile à différencier de la polypose amibienne, puisque les lésions sont absolument identiques.

Les *tumeurs villeuses* du rectum sont, par contre, d'un diagnostic facile, en raison de leur consistance gélatineuse, de leur aspect caratéristique.

Il n'en va pas de même pour le *cancer du rectum* à sa période de début puisque les troubles de la défécation), sont superposables à ceux de l'amibiase chronique dans certaines de ses formes. L'aspect des lésions est souvent loin d'être caractéristique. On peut noter que, dans le cancer, la transition entre la zone malade et les zones saines est beaucoup plus brusque, moins fondue que dans l'amibiase. Mais la plupart du temps, le diagnostic différentiel ne pourra se fonder que sur la biopsie et si celle-ci ne montre pas de tissus néoplasiques sur l'épreuve du traitement antiamibien.

TRAITEMENT

Le *traitement* essentiellement spécifique de l'amibiase consiste avant tout dans les cures d'émétine, à la dose de 6 à 10 centigrammes par jour en injections sous-cutanées. On y associe volontiers l'administration par la bouche de stovarsol, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par 24 heures, ou les injections intraveineuses de Novarsénobenzol.

Dans les formes sévères où avec injections microbiennes surajoutées, on a obtenu de bons résultats de l'association thérapeutique : émétine (0 g. 06), pénicilline (200.000 unités), sulfaguanidine (16 g.), administrées par cures de 7 jours. On arrive ainsi à réduire la dose d'émétine nécessaire et à éviter les accidents de toxicité accumulative.

Dans les formes chroniques, l'administration de pâte de Ravaut (ipéca, charbon et bismuth), ajoute son effet absorbant et cicatrisant à l'action de l'émétine.

Il pourrait sembler intéressant d'y adjoindre parfois l'administration d'amide nicotinique à haute dose.

Dans les formes hémorragiques ou dans certaines formes ulcéreuses, on pourra utiliser également les lavements, pansements à la vitamine A, en raison des propriétés épithélisantes de la vitamine; dans les formes hémorragiques graves: des petites trans-

fusions répétées, des infiltrations splanchniques, plus tard le traitement de choc, pourront avoir leur indication.

On ne saurait parler de traitement chirurgical de l'amibiase recto-sigmoïdienne, les interventions que l'on peut être amené à pratiquer, n'étant dirigées que contre les complications de la maladie, qu'il s'agisse d'un anus iliaque gauche dans les occlusions ou les sténoses accentuées, de résection dans certaines sténoses sigmoïdiennes ou d'incisions dans les périsigmoïdites ou périrectites suppurées.

OBSERVATIONS

Recto-Sigmoïdite chronique.

Observation n° 1.

(Destouches : *Thèse de Paris*, 1936.)

Homme de 45 ans, traité pour « diarrhée des tranchées » à Verdun, en 1915. Aucun trouble intestinal pendant 20 ans. Vient consulter pour diarrhée rebelle depuis un mois. A la rectoscopie : muqueuse hémorragique sans ulcération. 1° Analyse de selles négative; 2° Analyse : kystes amibiens.

Le traitement à l'émétine amène une guérison rapide.

Observation n° 2.

(Destouches : *Thèse de Paris*, 1936.)

Femme de 35 ans. Traitée depuis longtemps pour cholécystite chronique : Foie volumineux, subictère, point vésiculaire. Nervosité. Insomnie. Douleurs abdominales.

A l'occasion d'une selle liquide provoquée par l'administration de calomel, on fait une analyse : présence de kystes amibiens.

Observation n° 3.
(Destouches : *Thèse de Paris*, 1936.)

Homme de 33 ans. Pas d'antécédents dysentériques. Constipation rebelle et douleurs post-prandiales depuis un an. A la suite d'une purge, diarrhée opiniâtre. A la rectoscopie: simple congestion de la muqueuse. Analyse de selles : kystes amibiens.

Observation n° 4.
(Destouches : *Thèse de Paris*, 1936.)

Femme de 27 ans. Pas d'antécédents dysentériques. Constipation et sensibilité du coln gauche depuis plusieurs années. Vient consulter pour hémorrhoïdes. A la rectoscopie : ulcérations en coup d'angle. Analyse : présence de kystes.

Traitement : guérison.

Observation n° 5.
(Destouches : *Thèse de Paris*, 1936.)

Homme de 46 ans. Dysenterie traitée et guérie à Salonique en 1918. Depuis 1 mois, hémorragies de sang rouge entre et pendant les selles. Troubles gastriques. Pas de coliques.

Rectoscopie : muqueuse bourgeonnante, hémorragique. Analyses négatives. Traitement émétique : guérison.

Observation n° 6.
(Destouches : *Thèse de Paris*, 1936.)

Homme de 32 ans. Dysenterie traitée et guérie à Salonique.

En 1933, consulte pour hémorrhoïdes.

Rectoscopie : muqueuse rouge.

En 1936, consulte pour bronchites, rhumatismes, constipation, amaigrissement.

Rectoscopie : muqueuse pâle avec vascularisation. Analyses négatives.

Traitement par émétine et pâte de RAVAUT : guérison.

Forme sténosante.

OBSERVATION n° 7.

(DESMARETS et SAVIGNAC.
Archives des maladies de l'appareil digestif.
mai 1927.)

Ancien colonial ayant contracté la dysenterie en 1897. Après 30 ans d'accalmie, crises d'obstruction intestinale. Rétrécissement à 9 cm. de l'anus, vérifié à la radio et au rectoscope; muqueuse subnormale.

Analyse des selles : kystes amibiens.

OBSERVATION n° 8.

(BAUMEL. *Arch. mal. de l'app. digestif.* Oct. 1937.)

Ancien colonial. Dysenterie traitée et guérie en 1926.

En 1934 : Rectoscopie : muqueuse rouge et ulcérée.

En 1935 : occlusion aiguë. Anus iliaque gauche.

En 1936 : Rectoscopie : Rétrécissement très serré à 10 cm. de l'anus. Au-dessous : muqueuse friable. saignante.

Observation n° 9.

(Travassos, Lisbonne. *Arch. mal. de l'app. digestif.* Déc. 1937.)

Femme présentant : Constipation, douleurs, écoulement rectal depuis 5 ans. Pas d'antécédents dysentériques.

Rétrécissement serré à 7 cm. de l'anus. On fait un anus iliaque gauche.

A la rectoscopie : Ulcérations rectales. L'analyse de prélèvements, montre kystes et amibes.

Traitement à l'émétine : Amélioration.

Observation n° 10.

(Travassos, Lisbonne. *Arch. mal. de l'app. digestif.* Déc. 1937.)

Femme présentant de la constipation et des douleurs depuis 9 ans. Actuellement : écoulement anal glaireux et sanguinolent. Au toucher : rétrécissement infranchissable à 7 cm. de l'anus.

A la rectoscopie : Ulcérations recouvertes d'un exsudat muco-purulent contenant amibes et kystes.

Traitement émétique : Amélioration.

Formes tumorales.

Observation n° 11.

(Service de M. le Professeur Pierre Fabre.)

Homme présentant depuis quelques mois un syndrome de colite gauche avec présence de sang. Au

toucher, on perçoit à 4 ou 5 cm. de l'anus, une zone circulaire qui manque de souplesse.

Deux biopsies pratiques sous rectoscopie sont négatives en matière de cancer.

Un mois plus tard, apparaissent des granulations qui deviennent rapidement un gros chou-fleur débordant l'anus vers le périné, avec accompagnement de douleurs.

Sous anesthésie à l'éther, on pratique un anus iliaque gauche et l'on est presque tenté de faire dans la même séance, une amputation large du rectum. On fait seulement une biopsie large des bourgeons charnus que l'on confie au Dr Bassal. Celui-ci confirme qu'il ne trouve dans la biopsie aucun élément cancéreux. Il note une hyperplasie de l'épithélium de type condylome avec fortes réactions inflammatoires et formation d'un tissu de granulation fortement infiltré de plasmocytes, de polynucléaires et de quelques éosinophiles. Capillaires néoformés. En bref, lésion inflammatoire pure.

On demande alors au Dr Bassal, s'il ne pourrait s'agir d'une amibiase et l'histologiste ainsi prévenu put trouver dans des coupes des corps sphériques présentant la morphologie du kyste amibien.

Un traitement par le Sovarsol et l'Emétine produisit une amélioratio immédiate et en quelques jours, une restitution *ad integrum*.

Quelques mois plus tard, fermeture de l'anus par voie extra péritonéale et le malade reprenait des fonctions normales sans aucun trouble.

Ce malade suit, depuis trois ans, des cures épisodiques d'Emétine et son état de santé n'a jamais été aussi floride.

A noter que ce malade n'a jamais quitté la région

toulousaine et qu'il n'a jamais été en contact avec des coloniaux. Il semble donc bien s'agir d'une amibiase autochtone.

Observation n° 12.

(Roux et Savignac.
Arch. mal. app. dig. Février 1937.)

Syndrome rectal avec ténesme. Selles glaireuses et sanglantes.

Rectoscopie : rectite proliférante du type amibien.

Prélèvement: amibes mobiles.

Traitement par émétine : amélioration.

Observation n° 13.

(Roux et Savignac.
Arch. mal. app. dig. Février 1937.)

Malade de 60 ans. Syndrome rectal, glaires, sang, faisant porter le diagnostic de cancer.

Rectoscopie: recto-sigmoïdite ulcéreuse avec muqueuse œdématiée.

Analyse : kystes.

Traitement: guérison maintenue 11 ans plus tard.

Observation n° 14.

(Guichard et Paponnet
(Marine) *Arch. app. dig.* Mai 1935.)

Malade hospitalisé avec le diagnostic de cancer du rectum, hémorragies rectales. Tumeur du volume d'une mandarine perceptible au toucher.

Rectoscopie : Tumeur bourgeonnante saignante.

Biopsie : Adénome, présence de kystes amibiens.

Traitement par émétine: amélioration clinique, disparition de la tumeur.

Observation n° 15.

(Baumel. *Arch. app. dig.* Octobre 1937.)

Constipation opiniâtre.

Rectoscopie : ulcérations saignantes et proliférations en choux-fleur.

Biopsie : Rectite hypertrophique, kystes, amibes.

Traitement : guérison rectoscopique en 6 mois.

Observation n° 16.

(Baumel. *Arch. app. dig.* Octobre 1937.)

Homme de 60 ans. Antécédents dysentériques.

Troubles rectaux. Amaigrissement: poids 59 kilos.

Examen : parois rectales cartonnées.

Rectoscopie: infiltration de la muqueuse et de la sous-muqueuse, ulcérations, proliférations en choux-fleur dans le sigmoïde.

Biopsie : Rectite hypertrophique, kystes, amibes.

Traitement: guérison rectoscopique et clinique en 6 mois.

Trois ans plus tard, poids : 84 kilos.

Observation n° 17.

(Roux et Savignac.
Arch. mal. app. dig. Février 1927.)

Femme ayant présenté :

En 1914 : Syndrome dysentérique. Traitement.

En 1916 : Rectoscopie : rectite ulcéreuse surtout sigmoïdienne.

En 1921 : crises occlusives avec glaires et sang. Hypertrophie de l'S. iliaque. Sténose par cicatrisation des ulcérations sigmoïdienne. Confirmation opératoire.

Observation n° 18.

(Uzac et Timbal. *Arch. mal. app. dig.* Nov. 1937.)

Homme de 46 ans ayant fait son service militaire dans les troupes coloniales. Pas de dysenterie aiguë.

En 1931 : Troubles digestifs. Constatation d'amibes. Traitement à l'émétine.

En 1933 : Selles sanguinolentes. Ténesme.

Rectoscopie : Ulcérations rectales surmontées par une tuméfaction bourgeonnante et saignante, obturante.

Traitement à l'émétine : Disparition de la tuméfaction.

Observation n° 19.

(Timbal et Auriol.
Arch. mal. app. dig. Nov. 1937.)

Homme de 57 ans. Diarrhées épreintes ténesme. Amaigrissement : 10 kilos en 6 mois.

Toucher rectal : masse bourgeonnante. saignante à 5 cm. de l'anus.

Rectoscopie: muqueuse congestionnée et tuméfaction bourgeonnante saignante occupant la moitié antérieure du rectum sur 6 cm. Aspect de cancer.

Analyse des selles : amibes.

Traitement : Emétine, pâte de Ravaut, Stovarsol.

En trois semaines : guérison clinique. Reprise 6 kilos.

Rectoscopie : plus de tuméfaction.

Deux mois plus tard : reprise 10 kilos.

Rectosccopie normale, plus d'amibes.

CONCLUSION

L'amibiase intestinale, qui était autrefois une maladie presque exclusivement coloniale, est devenue d'une fréquence relative dans notre pays.

Ses manifestations recto-sigmoïdiennes, qui revêtent un polymorphisme clinique extrême, peuvent en imposer par des affections fort diverses et exposent à de fréquentes erreurs de diagnostic.

Nous avons voulu attirer l'attention sur le fait qu'il suffira souvent de penser systématiquement à l'amibiase pour éviter ces erreurs. On pourra obtenir ainsi des résultats remarquables par une simple thérapeutique médicale et éviter des interventions mutilantes et inutiles.

Le Président de la thèse,

Pierre FABRE.

Vu, le Doyen,

CALVET.

Vu et permis d'imprimer.
Toulouse, le 12 février 1948.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :

DOTTIN.